

**DR. SHAHRAM YAZDANI DENTISTRY PROFESSIONAL CORPORATION
CESSION DE PRESTATIONS / POLITIQUE D'ANNULATION DE RENDEZ-VOUS**

CESSION DE PRESTATIONS :

Il est important que vous compreniez que le contrat concernant vos assurances des soins dentaires est établi entre votre employeur, votre assureur et vous. Votre obligation envers la Yazdani Dentistry Professional Corporation est de payer pour votre traitement, peu importe le montant qui sera ou ne sera pas remboursé par votre assureur. Notre bureau acceptera une cession de vos prestations de la part de votre assureur principal selon les dispositions suivantes :

- i. Nous remplirons les formulaires de renseignements d'assurance et soumettrons toutes les réclamations pour frais dentaires en votre nom. Cependant, **nous n'assumons aucune responsabilité** en ce qui concerne le résultat de la transaction.
- ii. Veuillez noter que votre employeur pourrait avoir choisi de ne pas permettre la cession des prestations. Dans cette éventualité, nous devons vous demander de payer pour la totalité de vos soins au moment de votre rendez-vous, à moins que vous ayez pris un arrangement au préalable avec notre coordonnateur de traitements pour effectuer des versements bimensuels ou mensuels.
- iii. Afin de profiter du privilège de cessation de vos prestations à notre bureau, vous devrez fournir un **numéro de carte de crédit valide** qui sera porté à votre dossier en toute sécurité. Ce numéro de carte de crédit sera utilisé pour régler tout solde impayé à votre compte après **60 jours**.
- iv. Lorsque notre bureau lui fera parvenir votre réclamation, votre assureur répondra d'une des façons suivantes :
 - a. **Par une explication des prestations**, qui décrit en détail votre traitement et confirme l'étendue de votre couverture. À ce moment, vous devrez payer la totalité de la quote-part, c'est-à-dire le montant **qui n'est PAS couvert** par votre assurance.
 - b. **Par un accusé de réception de la réclamation**, qui ne confirme pas l'étendue de votre couverture. Nous vous demanderons alors de verser **20 %** du montant total dû pour votre traitement.
- v. Notre bureau ne garantit pas que votre assureur accepte de payer pour le traitement que vous avez reçu. Si votre réclamation est refusée, **vous devrez payer la totalité des sommes dues**.
- vi. Notre bureau collaborera entièrement avec les règles et les demandes de votre assureur. Cependant, **nous ne contesterons pas** sa décision concernant une réclamation. Vous êtes responsable de résoudre tout litige concernant les paiements effectués ou non par votre assureur.

POLITIQUE D'ANNULATION DE RENDEZ-VOUS :

Nous exigeons 48 heures de préavis pour tout changement ou toute annulation de rendez-vous aux fins de soins dentaires. Si plusieurs demandes d'annulation sont faites durant la période de préavis prescrite, nous réservons le droit d'exiger un dépôt, voire même de refuser de fixer de prochains rendez-vous. Cette politique est mise en place dans un souci de respect pour nos clients et les membres de notre personnel dont le temps est précieux.

CONSENTEMENT :

Le temps m'a été accordé pour prendre connaissance des modalités ci-haut mentionnées et je signe comme quoi je les comprends et les accepte.

Nom(s) du patient (en lettres moulées)

Signature de l'assureur (signature du patient si l'assureur n'est pas présent)

Date

Signature du témoin

Date